



# WELL CHILD EXAM - ADOLESCENCE: 18 YEARS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE \_\_\_\_\_

## ADOLESCENCIA: 18 AÑOS

<b>A SER COMPLETADO POR EL ADOLESCENTE SOBRE SI MISMO</b>	NOMBRE DEL NIÑO(A) _____		FECHA DE NACIMIENTO _____
	ALERGIAS _____		MEDICAMENTOS ACTUALES _____
	ENFERMEDADES/ACCIDENTES/PROBLEMAS/PREOCUPACIONES DESDE LA ÚLTIMA VISITA _____		HOY TENGO UNA PREGUNTA SOBRE: _____

Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desayuno todos los días.	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Hago alguna actividad física todos los días.
Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tengo a alguien con quien hablar.	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Duermo suficiente; _____ horas por noche.
Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Estoy conforme con mi rendimiento escolar y/o en el trabajo.	

WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE _____	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE _____	BLOOD PRESSURE _____
---------------------------------	--------------------------------	----------------------

Review of systems       Review of family history

---

Screening:

	MHZ	R	L
Hearing Screen	4000	_____	_____
	2000	_____	_____
	1000	_____	_____
	500	_____	_____

Vision Screen      R 20/ \_\_\_\_\_      L 20/ \_\_\_\_\_

Development	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	_____
Behavior	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	_____
Social Emotional	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	_____
Mental Health	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	_____

Physical:

General appearance	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Chest	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
Skin	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Lungs	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
Head	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
Eyes	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Abdomen	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
Ears	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Genitalia	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
Nose	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Spine	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
Oropharynx/Teeth	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Extremities	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
Neck	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Neurologic	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
Nodes	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Gait	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>

Describe abnormal findings and comments: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diet \_\_\_\_\_

Sleep \_\_\_\_\_

Review Immunization Record

Hgb/Hct \_\_\_\_\_  TB  Dental Referral

Cholesterol

Health Education: (Check all discussed/handouts given)

Nutrition/weight control       Regular physical activity

Driving & Alcohol       Injury prevention/safety

Tobacco Use       Drugs/Alcohol       STD/HIV/AIDS

Sex education/birth control       Suicide/Depression

Dental Care       Self-Exam       Future Plans

School Plans

Assessment/Plan: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>NEXT VISIT:</b>	IMMUNIZATIONS GIVEN
HEALTH PROVIDER SIGNATURE	REFERRALS
	HEALTH PROVIDER NAME
	HEALTH PROVIDER ADDRESS

# ADOLESCENCE: 18 YEARS

## **Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Adolescence (18 years)**

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

### **Fluoride Screen**

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

### **Screens for Sexually Active Teens**

- Gonorrhea/chlamydia.
- Pap smear.
- Human immunodeficiency virus (HIV).

### **Hepatitis B Vaccine**

- For children and adolescents not vaccinated against hepatitis B in infancy, begin the hepatitis B vaccine series during any childhood visit. Give the second dose at least one month after the first dose and give the third dose at least four months after the first dose and at least two months after the second dose.

### **High Risk Behavior**

Discuss behaviors such as these:

- Depression.
- Drugs.
- Smoking.
- Sexual contacts (and need for protection and contraception).
- Suicide.
- Guns.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the US Centers for Disease Control and Prevention.



# EXAMEN "WELL CHILD" (NIÑOS SANOS) - ADOLESCENCIA: 18 AÑOS

WELL CHILD EXAM - ADOLESCENCE: 18 YEARS

(Satisface pautas EPSDT)

FECHA

## ADOLESCENCIA: 18 AÑOS

<b>A SER COMPLETADO POR EL ADOLESCENTE SOBRE SÍ MISMO</b>	NOMBRE DEL NIÑO(A)		FECHA DE NACIMIENTO
	ALERGIAS		MEDICAMENTOS ACTUALES
	ENFERMEDADES/ACCIDENTES/PROBLEMAS/PREOCUPACIONES DESDE LA ÚLTIMA VISITA		HOY TENGO UNA PREGUNTA SOBRE:

<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Desayuno todos los días.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Hago alguna actividad física todos los días.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tengo a alguien con quien hablar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Duermo suficiente; _____ horas por noche.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estoy conforme con mi rendimiento escolar y/o en el trabajo.			

PESO KG./OZ. PORCENTAJE	ALTURA CM/IN. PORCENTAJE	PRESIÓN SANGUÍNEA
-------------------------	--------------------------	-------------------

Revisión de los sistemas     Revisión del historial familiar

---

Exploración:

	MHZ	R	L
Audición	4000 _____	_____	_____
	2000 _____	_____	_____
	1000 _____	_____	_____
	500 _____	_____	_____

Vista

	R 20/ _____	L 20/ _____
	N A	

Desarrollo

Comportamiento

Social Emocional

Salud mental

Físico:

	N	A		N	A
Apariencia general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulsaciones/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orofaringe/Dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Columna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganglios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema Neurológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Manera de caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Describe anomalías encontradas y comentarios:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alimentación \_\_\_\_\_

Sueño \_\_\_\_\_

Revisión del historial de inmunizaciones

Hgb/Hct \_\_\_\_\_     TB (Tuberculosis)     Derivación odontológica

Colesterol

Educación de la salud: (Marcar todo lo discutido/los materiales provistos)

Nutrición/Control de peso     Actividad física regular

Conducir y el alcohol     Prevención de lesiones/seguridad

Uso de tabaco     Drogas/Alcohol     ETS/HIV/SIDA

Educación sexual/control de la natalidad     Suicidio/Depresión

Cuidado dental     Autoexamen     Planes futuros

Planificación escolar

Evaluación/Plan: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INMUNIZACIONES ADMINISTRADAS

DERIVACIONES

PRÓXIMA VISITA:

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SALUD

FIRMA DEL PROVEEDOR DE CUIDADO A LA SALUD

DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR DE SALUD

# ADOLESCENCIA: 18 AÑOS

# Cuidado de la salud a los 18 años

## Lo que tu cuerpo necesita

Tu dentista puede decirte cuándo o si te crecerán las muelas del juicio. Continúa cepillándote diariamente los dientes con pasta dental con fluoruro y usando hilo dental.

Aprende a ser un consumidor inteligente del cuidado de la salud, esto puede salvar tu salud (vida). Pídele a tu doctor un formulario de historial médico. Llénalo con tus padres y manténlo en TUS archivos.

Necesitarás hacerte exámenes médicos durante toda tu vida. Pregúntale a tu doctor qué exámenes preventivos de salud necesitarás y cuándo los requerirás. ¿Control de la presión sanguínea? ¿Exámenes de colesterol? ¿Exámenes de Papanicolaou? ¿Mamografías? ¿Vacunas? ¿Cuándo? ¿Con qué frecuencia?

Los hombres jóvenes deben aprender a realizarse un autoexamen testicular (revisar sus testículos). El riesgo de cáncer testicular es grande en los veintes y treintas años de edad.

Las mujeres jóvenes deben aprender a hacerse un autoexamen de senos. Protégete conociendo tu cuerpo.

## Para ayuda o más información

**Para dejar de fumar: puedes buscar en Internet cómo dejar de fumar o llamar a la Sociedad Americana del Cáncer o a la Asociación Americana Heart.**

**Información sobre la sexualidad en los adolescentes:** [www.teenwire.com](http://www.teenwire.com).

**Línea de emergencia para violencia doméstica:** 1-800-562-6025

**Muchos centros comunitarios y colegios ofrecen clases de reducción de estrés.**

## Hábitos saludables

El ejercicio regular es muy importante. Debes hacer ejercicio durante media hora, al menos 3 veces por semanas por el resto de tu vida. Invita a tus padres a caminar o andar en bicicleta contigo, para que hagan ejercicio también.

La nutrición es muy importante. Recuerda, la gente continúa creciendo hasta pasados 20 años de edad. Come una dieta balanceada que incluya frutas, vegetales y calcio. Muchas condiciones a una edad avanzada se pueden evitar comiendo correctamente cuando se es un adulto joven.

Averigua sobre las pastillas para adelgazar y los esteroides antes de tomarlos. Usar estas drogas en lugar de alimentos podría producir que tu cuerpo no obtenga los nutrientes que necesita. Todas las drogas tienen efectos secundarios. Averigua acerca de estos efectos.

## Estilo de vida

Si fumas o masticas tabaco, encuentra un programa que te ayude a dejarlo. Además de producir cáncer y enfermedades al corazón, el tabaco causa mal aliento y arruga tu piel. Piensa en lo que podrías hacer con el dinero que ahorrarías.

Reconoce las señales de estrés. Encuentra maneras de relajación como ejercicio, yoga, arte, o meditación. Toma clases de reducción del estrés.

Hombres y mujeres deben aprender acerca de una adecuada planificación familiar, cómo protegerse de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual (ETS).

## Consejos de seguridad

Presta atención a la seguridad cuando viajes. Usa protector solar. Sé prudente en el trabajo. Usa equipo de protección como almohadillas, cascos, protectores para la espalda y gafas de seguridad.

Usa el cinturón de seguridad cuando viajes. Pídele a tus pasajeros que también lo usen.

Aprende a defenderte a ti mismo del abuso sexual o físico. Nunca está bien. Entérate que puedes obtener ayuda. Si conoces a alguien que está en peligro, ayúdales a conseguir un refugio o buscar otra ayuda.